

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE N° 770

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Edouard, Olivier KUNTZ

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 6 Avril 1931, à NEUILLY-sur-SEINE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Juillet 1958

ESSAIS DE TRAITEMENT
DE L'ÉCOULEMENT RESIDUEL
POST-BLENNORRAGIQUE
PAR LA CORTISONE LOCALE

Président : Monsieur B. FEY (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean, Edouard, Olivier KUNTZ

Externe des Hôpitaux de Paris

né le 6 avril 1931 à Neuilly-sur-Seine

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le 3 juillet 1958



--:-

ESSAIS DE TRAITEMENT DE L'ECOULEMENT RESIDUEL
POST-BLENNORRAGIQUE PAR LA CORTISONE LOCALE

--:-

Président : Monsieur B. FEY (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu
	{ Salpêtrière
	{ Cochin
	{ Beaujon
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	DEGOS
Clinique des mal. du sang.	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et } de l'encéphale	DELAY

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	{ FUNCK-BRENTANO
	{ BARIETY
Cliniques Médicales	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	{ PASTEUR VALLERY-
	{ RADOT
	{ LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOTILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL	Pat.chir.	{ DUBOST
	{ DEBEYRE		{ FAUREL
	{ DELMAS		{ FLABEAU
	{ OLIVIER G.		{ GERMAIN
Ana.Path.	{ Melle GAU-	Pat.expéri-ment.	{ GOSSET
	{ THIER V.		{ LAURENCE
	{ BUSSER		{ LORTAT-JACOB
	{ GOUYGOU		{ OLIVIER (Cl.)
Bactério- logie	{ CHRISTOL	Path.Méd.	{ POILLEUX
	{ NEVOT		{ THOMERET
Biol.Méd.	BOURLIERE		{ VERNE (J.M.)
Chimie Méd.	{ ETTORI		{ MAURICE
	{ POLONOVSKI J.	Pat.expéri-ment.	{ LOEPER
Dermato-syph.	DUPERRAT		{ BOUVIER
Embryologie	TUCHMANN		{ BOUDIN
Histologie	{ COUJARD		{ BRICAIRE
	{ N.	Path.Méd.	{ BRISSAUD
Hydrologie	CORNET		{ CASTAIGNE
Hygiène	{ BOYER		{ CONTE
	{ DEPARIS		{ DEROT
Mal.infect.	BASTIN		{ DOMART
Médecine) légale et du Trav.)	{ DEROBERT		{ LAMOTTE
	{ GAULTIER	Path.Méd.	{ LAROCHE
	{ HADENGUE		{ MACREZ
Neurochir.	DAVID		{ MILLIEZ
Neurologie	LHERMITTE		{ PEQUIGNOT
	{ GRASSET	Path.Méd.	{ PERRAULT
	{ LE LORIER		{ RAMBERT
	{ LEPAGE		{ ROYER
Obstétrique	{ MERGER		{ THIEFFRY
	{ MORIN	Path.Méd.	{ TURIAT
	{ RAVINA		{ WOLFROMM
	{ ROBEY		{ POLONOVSKI Cl.
Ophtal- mologie)	{ BREGEAT	Pédiatrie	{ MOZZICONACCI
	{ DESVIGNES		{ JOSEPH
Orthopédie	JUDET	Pharmacol.	Melle LEVY
Oto-rhino- laryngol.)	{ AUBRY		{ BARGETON
	{ MADURO	Physiol.	{ DEJOURS
Parasito.	BRUMPT		{ PARROT
Parasito col.	CHABAUD	Physique }	{ DJOURNO
	{ ABOULKER		{ GOUGEROT
	{ BARCAT	Pneumo-phtis.	{ KREIS
	{ BAUMANN		{ BARUK
Path.chir.	{ CAUCHOIX	Psychiatrie	{ PICHOT

	MM.
Psych.infant.N...	
Rhumatologie.....	DELBARRE
Stomato.....	{ CHAPUT Mme.
	{ CERNEA

	MM.
Urologie.....	KUSS
Thérapeut.....	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.
	{ AMELINE
	{ HUGUIER
Clin.Chir.....	{ LEGER
	{ PADOVANI
	{ ROUX
Clinique) {	ECALLE
obstét.) {	MAYER
Clin.opht.	OFFRET

	MM.
Urologie.....	N...
	{ DREYFUS
Clinique Ma	{ HAGUENAU
	{ KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté.....	M. MOREL
Secrétaire-Adjoint.....	Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef.....	Dr HAHN
Conservateur.....	Melle GOICHON
	{ Melles DUMATTRE
	{ LE NOIR
	{ LAURENT
	{ QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A mes Parents,

Avec toute mon affectueuse
reconnaissance.

A ma Famille



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545928_0007

A Monsieur le Professeur B. FEY

Professeur de la Clinique d'Urologie
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Cochin,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui m' a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

En témoignage de ma respec-
tueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Anlré RAVINA

Hommage respectueux.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

1954 - Monsieur le Docteur BAUMANN
Monsieur le Docteur RICHARD

1955 - Monsieur le Docteur ROUX
Monsieur le Docteur ROYER

1956 - Monsieur le Docteur MOUSSOIR
Monsieur le Docteur LAFFITTE

1957 - Monsieur le Docteur DESNOYERS
Monsieur le Docteur LEHELLE

1958 - Monsieur le Docteur RAVINA

ESSAIS DE TRAITEMENT DE L'ÉCOULEMENT RÉSIDUEL
POST-BLENNORRAGIQUE PAR LA CORTISONE LOCALE

- :-

INTRODUCTION

-:-

Malgré les progrès thérapeutiques qui ont transformé l'évolution et le pronostic de la blennorrhagie aiguë, nombre de malades, pourtant correctement traités dans cette phase aiguë, continuent à présenter des troubles plus ou moins importants et surtout plus ou moins durables.

Ces troubles, que l'on peut appeler "troubles résiduels post- gonococciques" peuvent parfois obséder les malades au point que ceux-ci, se croyant de véritables infirmes, viennent hanter en permanence les consultations d'urologie.

Les traitements que l'on peut leur offrir sont assez nombreux mais malheureusement assez peu efficaces, encore que leur association judicieuse puisse dans un nombre intéressant de cas, apporter une amélioration suffisante pour désintéresser les malades de leur "sphère génitale".

Nous nous proposons dans ce travail :

- de rappeler les troubles post-gonococciques et les traitements que l'on peut actuellement leur opposer ;

- de rapporter les résultats d'un nouveau traitement que nous avons expérimenté à la Consultation d'Urologie de l'Hôpital Beaujon dans le service du Docteur André RAVINA, traitement basé sur l'emploi de la cortisone intra-urétrale.

Les résultats encourageants que nous avons obtenus nous ont incité à faire de ce traitement l'objet de notre thèse.

-:-

LES SUITES DE LA BLENNORRAGIE

-:-

La blennorragie est actuellement une infection que l'on arrive, dans la très grande majorité des cas, à juguler rapidement dans sa phase aiguë : un malade vient consulter pour un écoulement purulent apparu depuis quelques jours ; cet écoulement est survenu à la suite d'un rapport suspect ; un prélèvement sur lame pour examen direct montre la présence de très nombreux diplocoques gram négatif intra-cellulaires ; il s'agit évidemment d'une blennorragie dont le traitement est simple.

- 3 grammes de streptomycine (1 gramme par jour, 3 jours de suite) en viennent facilement à bout le plus souvent : l'écoulement s'assèche rapidement, dès le lendemain habituellement. Une réactivation au nitrate d'argent ou à défaut, à la bière, suivie d'une gonoculture témoignent de la disparition du gonocoque.

Parfois, la culture reste positive, ou bien l'écoulement n'est pas encore tari et reste purulent : il est à noter en effet que la résistance du gonocoque à la streptomycine est de plus en plus fréquente. Nous mettons alors le malade à la Terramycine intramusculaire, 100 mg 6 jours de suite. Une deuxième gonoculture sera alors le plus souvent négative, dans le cas contraire, la persistance du gonocoque dans l'écoulement ouvre la voie de la chronicité, encore que les sulfamides, au besoin les méthodes de choc permettent le plus souvent d'enrayer ce passage vers la chronicité dont on sait les difficultés thérapeutiques.

Ce schéma thérapeutique que nous employons n'a pas la prétention d'être le seul en la matière ; il nous donne néanmoins entière satisfaction ; très rares en effet sont les malades qui vont passer à la chronicité, la très grande majorité des cas est déclarée guérie, après une 2ème gonoculture, de contrôle, faite 8 jours plus tard, qui confirmera la disparition des gonocoques.

Mais ces malades que nous avons déclarés guéris, le sont-ils vraiment ?

Nous abordons là le sujet capital des suites de la blennorragie, sujet dont les problèmes étiologiques et pathogéniques sont encore très controversés, nous le verrons.

Pour le moment, nous allons nous contenter de voir ce qui se passe dans les "suites de la blennorragie":

Certes, nous l'avons dit, la plus grande partie des malades après cette première atteinte, et à condition qu'il n'y ait pas un nouveau contagé, va être effectivement guérie et abandonnera définitivement l'urologue. Mais une autre partie va revenir et malheureusement souvent pour longtemps : c'est cette fraction des malades, qui, tout en étant en apparence "libérés" du gonocoque, continue néanmoins à avoir des troubles que nous allons voir.

Quels sont donc ces troubles ?

L'écoulement post-gonococcique est évidemment le symptôme majeur.

Ses conditions d'apparition sont variables :

Tantôt il continue directement l'écoulement de la phase aiguë ; néanmoins ses caractères ont changé ; il n'est plus franchement purulent, son abondance a le plus souvent très nettement diminué.

Mais le plus souvent il n'apparaît qu'après un intervalle libre qui peut aller de quelques jours à plusieurs semaines.

Son aspect macroscopique est variable, l'aspect le plus courant est celui d'une goutte blanchâtre, lactescente, ou ayant l'apparence de la glycérine, incolore et filante.

Son abondance est également très variable.

Parfois suffisamment abondant, le malade le signale presque continu, tachant le linge et l'obligeant à se garnir. Ailleurs, et c'est souvent le cas, il n'apparaît que par intermittence dans la journée, c'est la goutte résiduelle.

- le plus souvent le matin et les malades signalent alors que le méat urétral est collé.

- parfois dans la journée, soit spontanément, soit après miction ou après défécation.

Dans certains cas même, et ces cas ne sont pas les moins fréquents, l'écoulement n'apparaît pas spontanément. Il n'apparaît qu'après pression sur le canal urétral : ces cas sont les plus rebelles car ces malades recherchent dans la thérapeutique non pas une amélioration mais une guérison. La hantise qu'ils ont de cet écoulement "presque symbolique", la surveillance minutieuse qu'ils y portent, la recherche du moindre symptôme anormal tant subjectif qu'objectif font que ces malades viennent consulter en permanence et posent

au médecin qui les suit des problèmes thérapeutiques et psychiques bien délicats. Cette clientèle particulière est surtout formée par les Nord-Africains pour des raisons que nous verrons : tous ces éléments sont importants pour l'appréciation de toute thérapeutique.

La durée, enfin, est variable. Il peut se tarir spontanément, pour reprendre d'ailleurs plus tard. Il peut durer plusieurs mois, voire des années. On conçoit que cet écoulement puisse, par sa présence constante, obnubiler les malades, et la nécessité d'une thérapeutique efficace.

A côté de cet écoulement, les autres signes, fonctionnels surtout, sont variables :

- Pollakiurie diurne d'ailleurs inconstante, due à une sensation de picotements, voire de corps étranger intra-urétral ; il ne s'y associe pas de pollakiurie nocturne, ce qui élimine une origine cervico-vésicale, de cystite par exemple.

- Parfois des démangeaisons, une gêne à la défécation, une gêne le long du périnée, des douleurs, une inflammation du méat, bref, un ensemble de troubles surtout subjectifs, d'ailleurs réels, que nous grouperons sous le terme de dysesthésies urétrales.

Écoulement et dysesthésies succédant à la phase aiguë d'une blennorragie constituent les "suites" de la blennorragie.

A ces signes physiques et fonctionnels s'associent des examens de laboratoire qui achèvent de caractériser un syndrome post-blennorragique.

L'examen direct sur lame :

- Il montre, outre le mucus, la présence de leucocytes plus ou moins altérés, des cellules épithéliales de desquamation en quantité variable.

- Il précise l'absence de gonocoques : il n'y a pas, après coloration, de diplocoques gram négatif intra-cellulaires et c'est là le fait capital : ces malades n'ont plus de gonocoques visibles à l'examen direct, tout au moins avec les moyens de laboratoire dont nous disposons ou avec les critères habituels qui nous permettent de définir morphologiquement le gonocoque.

Il permet la recherche de parasites qu'il est capital de rechercher soigneusement avant d'affirmer qu'il s'agit bien d'une urétrite post-gonococcique isolée.

Qu'il s'agisse de Trichomonas, que l'on reconnaît à la mobilité de leur membrane si on les recherche immédiatement dans du sérum physiologique tiède entre lame et lamelle. On confirmera leur présence après coloration au May-Grünwald. On sait la difficulté de leur mise en évidence, surtout chez l'homme : ils viennent parfois infester un canal urétral déjà contaminé par le gonocoque et sont alors en partie responsables de l'écoulement résiduel. On conçoit alors que la thérapeutique de cet écoulement soit bien différente.

Qu'il s'agisse de filaments mycéliens, Candida Albicans, ou de virus, ce sont là des cas exceptionnels.

Il renseigne enfin sur la présence de germes habituellement banaux, staphylocoques, entérocoques, tétragènes, diplocoques extra-cellulaires, voire colibacilles.

La présence de ces germes pose certains problèmes pathogéniques et partant thérapeutiques :

- Sont-ils responsables de l'écoulement ?
On peut en effet imaginer qu'un canal urétral sensibilisé par l'atteinte gonococcique antérieure puisse, à l'occasion d'une infection exogène ou endogène par des germes même de virulence atténuée, retrouver un état inflammatoire suffisant pour justifier et expliquer la reprise ou la persistance de l'écoulement.

Pour MARION, ces germes sont en si petit nombre et tellement habituels dans l'urètre normal qu'il est certain qu'ils ne jouent aucun rôle dans la persistance de l'inflammation. Notre expérience thérapeutique est en parfait accord avec cette affirmation. Jamais, en effet, après antibiogramme de ces germes, le traitement efficace de ces germes n'a apporté la moindre amélioration. Il est vrai que certains affirment le contraire et on doit reconnaître que l'antibiothérapie isolée de certains écoulements peut suffire à le tarir : nous pensons qu'il s'agit là d'urétrites infectieuses dont on connaît la fréquence, mais qui sont sans rapport avec une blennorragie et qui ne peuvent donc entrer dans le cadre des écoulements résiduels. Quoi qu'il en soit, ce problème est troublant et on ne doit jamais négliger l'antibiothérapie de ces écoulements ; nous y reviendrons.

A côté de cet examen direct dont nous avons vu l'intérêt, il faut pratiquer :

- au moins 2 gonocultures, sur gélose au sang, un lieu d'élection pour la culture du gonocoque : ces 2 cultures sont faites si

possible après réactivation au nitrate d'argent. Plus affirmatives que l'examen direct, elles sont indispensables pour préciser l'intégrité gonococcique de l'écoulement.

- La gonoréaction n'est pas indispensable mais présente néanmoins un intérêt dans les cas d'écoulement dont l'étiologie reste douteuse : en effet, devant un écoulement sans antécédent gonococcique connu ou avoué, on pourrait être tenté de porter le diagnostic d'urétrite infectieuse, allergique ou autre, une ou deux gonoréactions, franchement positives, viennent alors préciser le diagnostic étiologique et faire alors entrer cet écoulement dans le cadre des "suites de la blennorragie".

- L'antibiogramme est intéressant, nous en avons vu les raisons. Nous l'avons fait systématiquement sur les germes rencontrés dans les écoulements afin d'adapter notre thérapeutique.

- Enfin, l'urétroscopie peut apporter quelques renseignements intéressants ; elle permet surtout de dissocier l'urétrite antérieure avec inflammation prédominant au niveau des glandes de Littre et de Lowper, de l'urétrite postérieure avec ses lésions situées surtout au niveau du veru montanum, des canaux prostatiques, de l'orifice des 2 canaux éjaculateurs. Cette opposition n'est pas sans intérêt pour la conduite thérapeutique et surtout pour les résultats que l'on peut attendre de cette thérapeutique : en effet, une atteinte à prédominance antérieure est essentiellement justiciable des thérapeutiques locales et on peut en général en attendre des résultats durables. Par contre, une atteinte postérieure est constamment associée à une atteinte prostatique et cette

participation prostatique, qui ne peut que difficilement être améliorée par un traitement local : la difficulté de guérir une prostatite gonococcique ou post-gonococcique explique que les résultats thérapeutiques soient dans ce cas moins satisfaisants.

En fait, cette opposition entre atteinte antérieure et postérieure est toute schématique. Les lésions sont souvent diffuses et le nombre de blennorragies antérieures est un élément autrement plus important pour préjuger de l'extension du processus inflammatoire à la loge prostatique.

Nous venons de voir les symptômes résiduels d'une gonococcie et les examens à pratiquer en vue d'un bilan pré-thérapeutique. Notre intention n'est pas ici d'entrer dans des considérations pathogéniques d'ailleurs controversées, à savoir de préciser si ces suites que nous avons décrites sont, soit une maladie autonome et nouvelle succédant à la blennorragie, soit une maladie allergique, soit une maladie infectieuse, soit même une affection encore gonococcique mais où le gonocoque est devenu inapparent, par mutation en particulier (FRANCK) ; il est d'ailleurs vraisemblable que plusieurs de ces étiologies viennent s'intriquer. Notre but est uniquement thérapeutique, nous voulons simplement définir les symptômes afin de bien connaître les malades que nous traitons. Nous nous permettons de rappeler ces critères : les malades que nous avons traités se définissent donc par les critères suivants :

1) Antécédents de gonococcie ,

- soit récente,
- soit ancienne, remontant parfois à 2 ou 3 ans mais, dans ce cas, les symptômes qu'ils présentent existent depuis la dernière blennorragie.

2) Ce ne sont pas des chroniques.

La blennorragie a été très correctement traitée et ce traitement a entraîné la négativation des cultures. Souvent de nombreuses cultures sont pratiquées, elles sont toujours négatives. Certes, il n'est pas rare de voir une culture se positiver mais il s'agit là d'une

nouvelle contamination qui ne résiste habituellement pas à un traitement antigonococcique bien conduit.

3) Les symptômes dont ils se plaignent ont pour dénominateur commun :

- un écoulement dont nous avons vu les caractères,
- des dysesthésies urétrales.

Il peut s'y associer une atteinte plus diffuse, prostatique en particulier qu'il est capital de rechercher. Nous avons vu l'incidence thérapeutique que comporte cette association.

4) Ces troubles ne sont pas dûs à une infection ou une affection surajoutée :

- pas de trichomonas, dans la mesure où cette affirmation peut être absolue . Nous avons vu les difficultés de sa recherche.

- pas de mycoses,

- Dans le cadre des affections virales, si on peut facilement éliminer le virus de l'urétro-conjonctivite de Ritter, la reconnaissance d'autres virus, en particulier des virus L, demande des recherches trop spécialisées pour être faite de façon courante.

- Quant aux germes couramment rencontrés, nous avons vu ce qu'il fallait en penser.

Tels sont les malades qui viennent nous voir presque quotidiennement, certains depuis plusieurs années.

Quelle thérapeutique allons-nous leur proposer ?

Les thérapeutiques des séquelles urétrales de la gonococcie sont assez nombreuses, ce qui prouve malheureusement, assez que tous ces moyens sont loin d'apporter des résultats très satisfaisants. Nous ne les énumérerons pas tous, rappelant simplement les moyens thérapeutiques les plus efficaces qui sont à notre disposition.

1° - Les instillations de nitrate d'argent restent actuellement, semble-t-il, un des moyens thérapeutiques les plus satisfaisants.

La méthode la plus habituellement employée est la suivante :

- On utilise des concentrations de 1/200 à 1/100 et le topique ne reste en contact avec la muqueuse que quelques minutes au bout desquelles on le chasse en faisant uriner le malade.

Les instillations sont répétées à raison d'une séance tous les 4 ou 5 jours.

Elles sont pratiquées par séries de 4 ou 6 entre lesquelles il faut cesser tout traitement local.

La technique instrumentale utilisée est sensiblement la même qu'avec la cortisone ; nous décrirons donc en détail cette technique lorsque nous exposerons notre méthode thérapeutique.

2° - Les lavages à l'oxycyanure de mercure. Ils ont parfois été utilisés seuls. Il semble bien que leur efficacité soit minime, tout au moins sur les troubles que nous avons décrits ; jamais, en effet, nous n'avons constaté la moindre amélioration chez les malades

à qui nous faisons des lavages à l'oxycyanure. Par contre, on pourrait discuter de l'association d'instillations de nitrate d'argent et de lavages à l'oxycyanure de mercure : les lésions étant au préalable améliorées par le nitrate d'argent, des lavages uréthro-vésicaux à l'oxycyanure au 1/5000 tous les 3 ou 4 jours pourraient peut-être compléter l'effet des instillations.

3° - L'électrocoagulation :

Faite localement, sous contrôle urétroscopique, sur les zones très enflammées, sur les orifices glandulaires suppurants et les cavernules prostatiques reste une méthode d'emploi peu courant.

4° - Les antibiotiques :

Nous avons vu que, pour certains, l'écoulement relevait d'une cause infectieuse prédominante, alors que, pour d'autres, les germes rencontrés n'avaient qu'un rôle annexe. Quoi qu'il en soit, nous avons vu que ces germes, saprophytes banaux ou de surinfection, existaient toujours dans la goutte résiduelle des gonococciques. Le traitement anti-infectieux paraît donc toujours indiqué :

- qu'il ne soit pour les uns que le traitement étiologique, et, par conséquent, le seul valable, de ces écoulements,

- qu'il ne soit, pour les autres, qu'un traitement d'appoint d'ailleurs non négligeable.

Ce traitement anti-infectieux a suivi chronologiquement les différentes étapes de la découverte des antibiotiques. Nous ne rappellerons que deux des antibiotiques qui semblent les plus efficaces sur ces écoulements :

- L'auréomycine et certains voient là un argument en faveur de l'origine virale de ces écoulements. Les tétracyclines semblent en effet être douées d'un certain pouvoir sur les rickettsies et les gros virus.

.. - la Rovamycine (DUREL).

5° - Enfin, le traitement de la prostatite est indispensable lorsque, comme c'est souvent le cas, elle est associée à l'écoulement. On est malheureusement assez désarmés contre elle. Les massages prostatiques associés aux antibiotiques se pratiquent le plus couramment avec, à vrai dire, peu de résultats.

Quel est le bilan de ces différentes thérapeutiques sur les "séquelles" que nous avons énoncées ?

Essayons de voir leurs résultats séparément.

1° - Les instillations de nitrate d'argent :

LE BRIS a fait sa thèse (1956) sur le nitrate d'argent dans l'urétrite gonococcique.

On note en général une amélioration à partir de la 2ème ou 3ème séance alors que, habituellement, la 1ère séance d'instillation va accroître les troubles. Si cette amélioration ne se fait pas sentir à ce moment, il est à prévoir un échec de la thérapeutique. On fait, nous l'avons vu, 5 ou 6 instillations. On peut reprendre la cure ultérieurement après un certain intervalle libre. LE BRIS associait aux séances d'instillations locales de la Rovamycine per os.

Sur 21 observations rapportées, il donne le pourcentage suivant : 14 améliorations ou guérisons, 7 n'ont eu aucune amélioration. Après avoir rapporté des causes possibles d'échec thérapeutique (liées surtout à des erreurs de technique) il conclut en disant que "cependant malgré une technique soignée et minutieusement réglée, nombre d'instillations restent sans résultats".

Ces résultats semblent personnellement optimistes. Notre expérience personnelle des instillations de nitrate d'argent montre, certes, des résultats encourageants : l'amélioration qui n'a d'ailleurs pratiquement jamais été une guérison, est obtenue dans un pourcentage voisin de celui qu'indique LE BRIS, encore que plus faible ; mais surtout, les améliorations sont transitoires, éphémères. Il faut pratiquer plusieurs séries d'instillations, étalées sur plusieurs semaines, pour voir se dessiner une amélioration qui le plus souvent ne résistera pas à la reprise des rapports sexuels. Les malades, d'autre part, sont constitués en grande partie par des Nord-Africains chez lesquels une légère amélioration est synonyme d'échec. Il faut un interrogatoire minutieux pour aboutir à la constatation d'une amélioration que ceux-ci refusent de reconnaître. Ils ne la reconnaîtront que si elle est nette. Nous insistons sur ce point, nous réservant d'y revenir tout à l'heure.

2° - Nous ne reviendrons pas sur l'inefficacité des lavages à l'oxycyanure de mercure, nous avons dit qu'ils pouvaient peut-être constituer un appoint aux instillations de nitrate d'argent, à vrai dire bien insuffisant.

3° - Nous voulons surtout insister sur l'antibiothérapie. Elle est, dans la très grande majorité des cas, employée en association avec un traitement local. Nous-même, nous l'avons associée à la cortisone locale. Elle est certainement difficile mais d'un appoint intéressant, encore que le choix de l'antibiotique soit difficile, nous y reviendrons. C'est vraisemblablement l'association Rovamycine -Nitrate d'Argent qui a donné les résultats satisfaisants que rapporte LE BRIS. On peut même utiliser l'antibiothérapie isolément. Nous l'avons essayée sur plusieurs malades, en particulier l'auro-mycine. Nous devons dire que l'auro-mycine seule a tari l'écoulement d'un de ces malades mais que celui-ci est réapparu 15 jours plus tard.

Nous devons également rapporter quelques bons résultats obtenus par certains par l'ins-tillation locale d'antibiotiques. Nous avons également essayé cette méthode : elle nous a paru plus irritante qu'efficace.

Nous pouvons donc conclure rapidement ce bilan thérapeutique en rappelant un passage de notre introduction : les traitements que nous pouvons actuellement offrir à nos malades sont assez nombreux mais malheureusement assez peu efficaces, encore que leur association judicieuse puisse, dans un nombre non négligeable de cas, leur apporter une amélioration satisfaisante.

°°°

C'est devant l'échec ou l'inefficacité courante des thérapeutiques que nous venons de rapporter que nous avons envisagé de traiter ces malades à la Cortisone locale, pourquoi ? Tout d'abord, pour faire quelque chose !

D'autre part, la Cortisone n'ayant, à notre connaissance, jamais été utilisée antérieurement, nous avons pensé que sa remarquable action anti-inflammatoire en faisait un traitement logique dans un syndrome où l'inflammation est au 1er plan ; en effet, quelle que soit la cause de ce syndrome, allergique ou infectieux, l'écoulement n'existe que parce qu'il y a une inflammation comme en témoigne d'ailleurs l'urétroscopie ; il était normal, après le traitement par la cortisone de très nombreux syndromes inflammatoires de l'organisme, d'essayer celle-ci sur l'écoulement urétral post-blennorragique. Mais il était non moins important de s'entourer de précautions, surtout pour une expérience initiale :

Nous avons vu le choix du malade et la nécessité de bien "classer" l'écoulement,

- nous verrons la technique.

- Il restait la question de l'association à un antibiotique et, dans le cas positif, de son choix.

L'association de la cortisone à un antibiotique n'a pas posé pour nous de problème et ce pour de multiples raisons :

- L'emploi de la cortisone, même à des doses relativement minimales, nécessite toujours l'emploi d'un antibiotique ; surtout loresque l'on veut l'employer un peu "à l'aveuglette" dans un canal très enflammé, suintant, où les germes sont courants.

- La présence même de ces germes justifie l'emploi d'un antibiotique : nous avons vu en effet qu'il était difficile d'affirmer le caractère non virulent ou anodin de ces germes ;

même en l'admettant, on ne peut l'étendre à tous les cas et on peut penser que chez certains, une surinfection à germes banaux existe réellement et que, sans être responsable directement du syndrome inflammatoire cette surinfection peut au moins l'entretenir ou l'aggraver.

- Par ailleurs, nous avons vu que ces malades étaient souvent traités par les antibiotiques, parfois avec de bons résultats, qu'il s'agisse d'antibiotiques que l'on pense être efficaces contre les Rickettsies ou les gros virus comme l'auréomycine ou d'antibiotiques plus spécialement dirigés contre les germes présents dans l'écoulement. Si la Cortisone traite en effet le résultat, il est bon de traiter la cause et, en l'absence d'étiologie précisée, il est bon de mettre tous les atouts de son côté en utilisant les antibiotiques.

Mais lequel choisir ?

Ce problème est beaucoup plus complexe. On peut en effet choisir de différentes façons selon la théorie pathogénique vers laquelle on penche :

- soit l'antibiotique adapté aux germes présents dans l'écoulement et cet antibiotique sera alors choisi selon le résultat de l'antibiogramme. Nous avons essayé cette méthode sur 3 de nos malades.

Disons tout de suite que cet antibiotique doit être de préférence injectable, surtout s'il s'agit de Nord-Africains, on est ainsi plus sûr du traitement !

- soit un antibiotique antiviral si on croit à une origine virale possible et si

également on croit à l'efficacité de cet antibiotique contre ces mêmes virus.

- soit un antibiotique de principe, non dirigé contre tel ou tel germe ; on prend alors celui qui a le spectre d'action le plus étendu ; c'est ce que nous avons fait pour la majorité de nos malades, nous avons choisi la streptomycine, pour les raisons suivantes :

1 - Elle a un spectre d'action étendu.

2 - Elle est injectable et on peut non seulement en attendre une action plus efficace, mais également le seul fait qu'elle soit injectable permet :

- un effet psychothérapeutique certain sur les Nord-Africains, ce qui n'est pas négligeable.

- et surtout une surveillance thérapeutique beaucoup plus rigoureuse, nombre de malades, par ignorance, insouciance ou conviction, refusent ou négligent la prise de comprimés per os !

3 - Enfin, le caractère souvent récurrent de l'infection gonococcique fait que parfois les cultures redeviennent positives dans les mois qui suivent cette atteinte, (une réinfection très fréquente), la possibilité que ce syndrome post-blennorragique soit dû encore à des gonocoques mais non apparents (Théorie de Franck), l'efficacité de la streptomycine contre le gonocoque nous ont semblé des raisons suffisantes pour préférer cet antibiotique aux autres.

TECHNIQUE DE TRAITEMENT PAR LA CORTISONE LOCALE,

- 3 -

Le traitement que nous avons essayé comporte donc deux gestes thérapeutiques :

- une instillation locale de Cortisone,
- une injection intra-musculaire de streptomycine.

Nous rapporterons également les quelques cas où nous avons associé à la cortisone un antibiotique autre que la streptomycine.

LA CORTISONE

Nous avons employé une solution d'hydrocortisone contenant 25 mg par centimètre cube (il s'agit de l'hydrocortisone Roussel 125, flacon de 5 cc).

Instrumentation : On se sert classiquement pour une instillation intra-urétrale de l'explorateur de Guyon, cylindre en gomme de calibre 15 ou 16 comportant une olive à une extrémité et à l'autre un cône sur lequel s'applique l'extrémité de la seringue ; on utilise soit la seringue de Janet, soit celle de Bonneau, pour laquelle la pression est donnée par le jeu d'une poire en caoutchouc. En fait, la simple sonde béquillée de Nélaton peut très bien faire l'affaire dans les cas où on ne disposerait pas d'un instillateur de Guyon.

Instillation : On montera la sonde jusqu'à la vessie puis on la retirera très lentement jusqu'à ce que les urines cessent de couler :

on se trouve alors dans l'urètre postérieur, juste sous le col vésical. On peut alors faire l'instillation à l'aide de la seringue de Bonneau dans laquelle on a au préalable mis 1 centimètre cube d'hydrocortisone. L'instillation de la cortisone étant faite, on retire lentement la sonde et on adapte une pince à verge à la racine du gland afin de laisser le liquide baigner le canal urétral ; cette pince est maintenue pendant 10 minutes environ. On recommande, au malade, après l'instillation, de n'uriner que le plus tard possible.

Un problème technique se pose : il s'agit en effet d'introduire dans l'urètre par une sonde un seul centimètre cube de solution, ce qui évidemment est peu et on risque d'en perdre une grosse partie dans le canal ; en fait, avec un peu d'expérience, on arrive, à l'aide de l'air que l'on chasse avec la sonde après la solution, à "pousser" cette solution jusque dans l'urètre.

C'est pour pallier cet inconvénient qui, malgré "l'expérience", persiste néanmoins, et également parce qu'il est toujours néfaste d'introduire une sonde dans un canal enflammé dont on veut précisément traiter l'inflammation que nous avons modifié cette méthode et adopté la suivante :

La seringue de Bonneau ayant été chargée avec la solution de cortisone, le bout de celle-ci qui est arrondi et non traumatisant est adapté directement sur le méat urétral : la solution est "poussée" de la même façon que précédemment. Cette méthode est de technique simple et nous a donné toute satisfaction.

Nous nous sommes demandé si 25 mg d'hydro-

cortisone constituaient une dose suffisante pour une instillation : les résultats satisfaisants que nous avons obtenus avec cette dose font que, dans la majorité des cas, nous ne l'avons pas augmentée : nous avons préféré faire, en cas de résultats insuffisants, une 2ème série d'instillations après un intervalle libre. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous analyserons les résultats de ce traitement.

Nous faisons habituellement 5 séances d'instillations, chaque séance comporte :

- 10 minutes d'instillation locale de Cortisone,
- 1 injection de 1 gramme de streptomycine.

Les séances sont faites tous les 2 jours.
Durée globale du traitement : 10 jours.

OBSERVATIONS

-:-

Nous présentons 19 observations.

OBSERVATION N° I

M... Jean, 23 ans.

- 3 gonococcies antérieures dont la dernière remonte à septembre 1957.

En février 1958, apparition d'un écoulement clair, spontané, matinal, avec mât collé au lever. Ce malade, inquiet, fait à tout propos dans la journée sourdre cet écoulement par la pression. Cet écoulement est associé à des dysesthésies urétrales, picotements, gêne à la miction, pollakiurie, etc...

- 2 gonocultures après réactivation sont négatives.

- Une culture sur bouillon T pour antibiogramme montre des cocci gram positifs d'aspect d'entérocoques, très sensibles à l'érythromycine, la spiramycine et la carbomycine. Cet écoulement est traité sans aucun succès par :

Dagénan 9 c /jour

puis Terramycine per os : 1,50 g/jour.

C'est alors que l'on met en route notre traitement qui comporte :

- cortisone locale,

- érythromycine buccale 1,50/6 jours

- 22 -

Nous avons chez ce malade, qui était notre premier, utilisé l'Erythromycine comme antibiotique après résultat de l'antibiogramme.

Résultats :

Dès le lendemain de la lère séance, le malade signale une disparition des dysesthésies urétrales. Le méat n'est plus collé le matin.

Puis il note un arrêt de l'écoulement spontané. Seule la pression fait sourdre une goutte qui est d'ailleurs très éclaircie.

Après les 5 séances, guérison totale de tous les symptômes.

°°

OBSERVATION N° 2

S... Mohamed, 23 ans.

- Pas d'antécédent comme gonococcie, connu ou avoué.

- Présente un écoulement spontané depuis 9 mois, traité déjà en ville de nombreuses fois sans résultat, ce qui incite le malade à venir à l'hôpital.

- Les gonocultures ont toujours été négatives.

- Une gonoréaction très franchement positive vient préciser le diagnostic étiologique de cet écoulement malgré le refus du malade à le reconnaître.

- 5 séances d'instillations au nitrate d'argent sont faites : le malade n'en accuse aucune amélioration.

Le malade est alors mis à la cortisone locale et à la streptomycine. Il reçoit 5 séances en tout.

Résultats :

Très nette amélioration après les 4 premières séances à tel point que le malade ne revient pas pour la 5ème.

10 jours après, il revient en signalant qu'il lui reste alors une goutte post-mictionnelle. La 5ème séance est alors faite.

Après les 5 séances, très nette amélioration, voire guérison. Il s'agit en effet d'un Nord-Africain. Le fait qu'il signale lui-même une très nette amélioration alors que tous les traitements antérieurs n'avaient eu aucun résultat est un fait notable ! Nous aurons l'occasion d'y revenir dans l'interprétation des résultats.

°°°

OBSERVATION N° 3

L... Roger, 54 ans.

- Antécédents de gonococcie, la dernière remontant à il y a 30 ans.

- A fait une gonococcie en mars 1958 traitée en ville par 5 g de streptomycine.

Consulte pour la persistance d'un écoulement surtout matinal associé à des dysesthésies urétrales au moment et entre les mictions.

- Les gonocultures sont négatives.
- La gonoréaction est positive.

Traité d'abord sans succès par différents traitements (antibiotiques, antiseptiques urinaires).

Mis alors à la Cortisone locale et la Streptomycine par voie générale.

Résultats :

Guérison totale de tous les symptômes.

°°°

OBSERVATION N° 4

D... Mohammed, 25 ans.

Pas d'antécédent gonococcique connu ou avoué.

Présente depuis 1 mois $\frac{1}{2}$ un écoulement spontané fait d'une sérosité blanchâtre assez trouble, associé à des dysesthésies urétrales.

2 gonocultures sont négatives.

La gonoréaction est positive et affirme ainsi l'étiologie gonococcique de cet écoulement.

1 culture sur bouillon T pour antibiogramme montre la présence de staphylocoques sensibles à la Carbomycine, Spiramycine, Erythromycine, Tifomycine, Néomycine et Framycétine.

Traité sans succès pendant les 2 mois qu'a duré cet écoulement par :

- Streptomycine 3 g
- Adiazine 9 c/jour pendant 5 jours
- Tifomycine buccale (après résultat de l'antibiogramme) 1,50 g/jour.

Traité alors par la Cortisone locale et la tifomycine locale.

Résultats :

Après les 5 séances, on note :

- disparition des dysesthésies
- modification de l'écoulement :
 - en aspect (il est devenu très clair)
 - en fréquence (1 goutte seulement tous les 2 ou 3 jours)

Le malade, Nord-Africain, reconnaît lui-même la très nette amélioration et se déclare satisfait du traitement.

Néanmoins, la persistance, même minime, de l'écoulement à une période où nous tâtonnons pour fixer les doses du traitement et le nombre des instillations, nous fait rajouter 2 séances supplémentaires, sans antibiotique associé ; après ces 2 nouvelles séances on note une disparition de l'écoulement mais persistance de légères dysesthésies après miction, d'ailleurs inconstantes.

Ce malade est le seul à avoir eu, associé à la cortisone, de la tifomycine locale ; nous avons créé cette association, d'abord pour faire plus de volume pour l'instillation locale et parce que l'antibiogramme montrait que les germes présents dans l'écoulement étaient sensibles à la tifomycine. Mais nous pensons que la Tifomycine locale a un caractère irritant et que l'on peut expliquer ainsi le moins bon résultat obtenu dans ce cas. La suppression de celle-ci, en continuant la cortisone, a d'ailleurs fait disparaître l'écoulement.

°°°

OBSERVATION N° 5

A... Yousef, 25 ans.

Antécédent de gonococcie en mai 1957 trai-

tée par Trisulfazine. Depuis, suivi régulièrement dans le service pour un écoulement urétral associé à des dysesthésies. Pendant cette période qui s'échelonne sur près d'un an, on fait :

- une première gonoculture (mai 1957) qui est négative,
- un antibiogramme en septembre 1957 qui montre la présence d'entérocoques et de colibacilles sensibles à Spiramycine, Carbomycine et Bacitracine.

Traité alors sans succès par des lavages au Mercryl et de la Rovamycine 1 g/jour, puis par des massages de prostate avec des injections de dihydrostreptobipénicilline intra-musculaire, enfin par des instillations locales de nitrate d'argent.

- Une 2ème gonoculture après réactivation (mars 1958) est encore négative.

- Enfin une 3ème gonoculture après réactivation (mars 1958) montre la présence d'une très petite colonie positive. C'est alors, après 1 an d'échecs thérapeutiques successifs que le malade est mis à la cortisone locale et à la Streptomycine générale. Streptomycine d'autant plus indiquée que la dernière gonoculture montrait la présence d'une colonie de gonocoques.

Résultats :

Après 3 séances, on note déjà une disparition des dysesthésies urétrales.

Après les 5 séances, on note :

- que le méat n'est plus collé le matin et ne présente plus de goutte post-mictionnelle,

- disparition de la pollakiurie causée par les dysesthésies urétrales.

- disparition pratiquement totale de l'écoulement, tant spontané que provoqué, le malade ne signalant qu'un très léger écoulement clair au milieu de la journée, n'apparaissant qu'à la pression et limité à une goutte.

En conclusion, très nette amélioration, voire guérison.

°°

OBSERVATION N° 6

K... Joseph, 27 ans.

Dernière gonococcie en février 1957, assez résistante au traitement, puisqu'elle a nécessité pour sa négativation :

- d'abord 3 grammes de streptomycine,
- puis 5 grammes de Dihydrostrepto-bipé-nicilline
- puis 6 injections de terramycine à 0,100 (culture encore positive)
- enfin de la Gantrisine 10 c/jour pendant 5 jours.

En février 1958, soit 1 an après cet épisode, apparition d'un écoulement surtout matinal (méat collé au réveil) avec dysesthésies urétrales, très nombreux filaments dans les urines.

3 gonocultures après réactivation sont négatives. Traité sans succès pendant 2 mois par différents antibiotiques, auréomycine et streptomycine.

Mis alors à la cortisone locale associée à la Streptomycine par voie générale.

Résultats :

Dès la 2ème séance, disparition des dysesthésies, goutte plus claire, moins de filaments dans les urines. Après les 5 séances : arrêt de l'écoulement.

°°

OBSERVATION N° 7

D. .. Sylvain, 24 ans.

Pas d'antécédent gonococcique connu ou avoué.

Présente un écoulement depuis 3 mois.

- 2 gonocultures sont négatives,

- 2 examens directs sur lame pratiqués à 2 mois d'intervalle montrent de nombreux polynucléaires altérés, une flore microbienne peu abondante faite de bacilles et de cocci gram positif à aspect de coli commune et de staphylocoques.

Cette urétrite s'est montrée rebelle à 3 grammes de streptomycine. C'est alors qu'il est mis à la cortisone locale.

Résultats :

Le malade ne vient que 2 fois, après quoi il déclare qu'il va bien. Le fait qu'il ne soit pas revenu peut être considéré comme un test de guérison.

Nous ferons néanmoins une réserve sur l'étiologie de cet écoulement. L'absence d'antécédent gonococcique milite en faveur d'une urétrite non blennorragique. La gonoréaction que nous avions demandée n'a pu être faite pour des raisons techniques.

Dans tous les cas, le bon résultat obtenu ne fait qu'ajouter au mérite de cette théra-

peutique et en étendre les indications. Nous donnerons également à la fin de ces observations, 2 observations où une étiologie gonococcique n'a pu être mise en évidence.

°°

OBSERVATION N° 8

S... Mahjoud, 28 ans.

Antécédents de gonococcie dont la dernière avouée remonte à 1949.

En février 1958, apparition d'un écoulement associé à des dysesthésies urétrales marquées essentiellement par des brûlures très nettes au moment et entre les mictions.

- Les gonocultures sont négatives.

- Le culot urinaire pratiqué devant l'importance des brûlures est pratiquement normal.

Traité par Tifomycine 1,50/jour pendant 4 jours, puis par Rufol 0,50/jour pendant 4 jours.

L'écoulement, d'ailleurs discret au départ, se tarit rapidement, mais les brûlures et dysesthésies persistent. ~~Mis~~ alors au schéma thérapeutique habituel, cortisone locale, streptomycine.

Résultats :

Signale une très nette amélioration des brûlures et des dysesthésies qui n'ont pas, néanmoins, totalement disparu.

°°

OBSERVATION N° 9

M... Ali, 35 ans.

Dernière gonococcie en 1953.

Écoulement pratiquement permanent depuis.

Une nouvelle blennorragie se déclare en mars 1958, traitée par 5 grammes de streptomycine. Ce traitement négative la culture mais ne fait pas disparaître l'écoulement

- 2 gonocultures après réactivation sont toujours négatives,

- la gonoréaction est positive,

- l'examen direct sur lame de cet écoulement montre des staphylocoques et des bacilles gram positifs.

Traité alors par la cortisone et la streptomycine.

Résultats :

Signale une très nette amélioration. Disparition des dysesthésies. L'écoulement s'est presque tari : il ne persiste que 1 à 2 gouttes spontanées d'un liquide très clair. On envisage une 2ème série d'instillations pour ce malade mais il ne s'est pas présenté. Est-il satisfait ainsi ?

°°°

OBSERVATION N° 10

S... Pascal, 28 ans.

Antécédents de blennorragie en 1952 et 1954.

Apparition d'un écoulement en janvier 1958, spontané, assez abondant, trouble, associé à des dysesthésies urétrales..

- 3 gonocultures (Janvier et février 1958)

sont négatives.

- Une culture sur bouillon T pour antibiogramme montre la présence de staphylocoques et d'entérocoques sensibles à l'érythromycine et à la néomycine.

Le malade est alors traité par l'érythromycine sans résultat puis par la néomycine sans la plus petite amélioration.

Traité alors par des instillations locales de nitrate d'argent qui se montrent inefficaces, de même qu'une deuxième série d'instillations cette fois associée à la streptomycine (6 grammes).

Mis alors à la cortisone locale.

Résultats :

Disparition des dysesthésies

Disparition du caractère spontané de l'écoulement, il ne persiste plus qu'une goutte matinale très claire n'apparaissant qu'à la pression.

°°°

OBSERVATION N° 11

A... Abdallah, 35 ans.

Écoulement urétral intermittent associé à des dysesthésies urétrales depuis 7 mois.

Il n'y a pas d'antécédent connu ou avoué de blennorragie. 3 gonocultures après réaction sont négatives. Traité sans succès à notre consultation pendant ces 7 mois par :

- érythromycine buccale
- antiseptiques urinaires (Kaviase, Pyridium, Mictasol, Mandelanine, etc...)
- Instillations locales de nitrate d'argent (5 séances).

Devant la persistance des symptômes :

- Ecoulement spontané, assez trouble le matin, plus clair dans la journée,
- Dysesthésies urétrales avec douleurs.

Le malade est mis à la cortisone et à la streptomycine.

Résultats :

Arrêt de l'écoulement ; le méat n'est plus collé le matin. Disparition des dysesthésies.

° ° °

OBSERVATION N° 12

B... Ahmed, 49 ans.

Dernière gonococcie en mars 1958 traitée par 5 grammes de streptomycine. Persistance d'un écoulement spontané d'abondance variable mais net, associé à des dysesthésies urétrales.

- 2 gonocultures après réactivation sont négatives,

- la recherche de Trichomonas ou autres parasites est négative ,

- une culture sur bouillon T pour antibio-

gramme montre des staphylocoques très sensibles à Carbomycine, Spiramycine, Erythromycine, Framycétine et Néomycine

Le malade est alors mis à la Cortisone locale et à l'érythronycine intramusculaire (0,100 par ampoule).

Résultats :

Après les 5 séances, on note une nette amélioration : disparition des dysesthésies et très nette atténuation de l'écoulement.

Néanmoins, à la suite d'un rapport suspect 3 jours après arrêt du traitement, réapparition d'un écoulement très abondant, blanchâtre associé à des dysesthésies urétrales : nous avons pensé à un nouveau contage,

- mais la gonoculture reste négative,

- l'examen direct ne montre aucun élément pathogène.

On refait une 2ème série d'instillations de cortisone avec, cette fois, de la streptomycine par voie générale.

Après la 2ème série, l'écoulement a presque disparu, limité à 1 ou 2 gouttes intermittentes. Puis très légères dysesthésies associées.

Ce malade est revenu nous voir 2 mois plus tard et nous a confirmé la persistance de l'amélioration, voire même une amélioration encore plus nette.

OBSERVATION N° 13

A... Tahar, 31 ans.

Antécédents nombreux de blennorragies, la dernière remontant au début d'avril 1958 : traitée par 4 grammes de streptomycine, la négativation de la culture est obtenue, mais l'écoulement persiste, d'ailleurs discret, limité à une goutte matinale, et associé à des dysesthésies urétrales.

- Une 2ème gonoculture après réactivation est négative.

Le malade est mis à la cortisone locale et à la streptomycine générale.

Résultats :

L'écoulement est nettement amélioré. Il persiste quelques dysesthésies discrètes.

°°°

OBSERVATION N° 14

D... Omar, 27 ans.

Antécédents nombreux de blennorragie, la dernière remontant à juillet 1957 et traitée par 3 grammes de streptomycine.

Un écoulement réapparaît peu de jours après la fin du traitement il est spontané, intermittent. Il s'y associe des douleurs inguinales mais l'examen les rattache à une pointe herniaire.

Cet écoulement, qui dure donc depuis 9 mois lorsque nous le voyons, est toujours resté

exempt de gonôcoques plusieurs gonocultures après réactivation, négatives, en font foi.

Cet écoulement a été traité sans succès par différents traitements : antibiotiques en particulier, choisis d'après résultats d'un antibiogramme qui a été pratiqué.

Ce malade est particulièrement anxieux, obnubilé par ses différents troubles qui comportent :

- un écoulement sous forme d'une sérosité blanchâtre n'apparaissant d'ailleurs qu'à la pression et associé à des dysesthésies urétrales,

- des douleurs inguinales que l'examen, nous l'avons vu, met sur le compte d'une pointe de hernie,

- enfin, un syndrome douloureux vésiculaire dû à une lithiase objectivée par la radio.

Nous décidons de traiter d'abord l'écoulement par la cortisone. Ce malade reçoit donc ses 5 séances d'instillations.

Résultats :

Disparition de l'écoulement et des dysesthésies.

° ° °

OBSERVATION N° 15

F... Roger, 27 ans.

Antécédents de blennorragie remontant à juin 1957 et traitée en ville. Persistance d'un écoulement post-blennorragique associé à des dys-

thésies urétrales.

Pendant les 10 mois où le malade est suivi dans le service de nombreux examens et traitements sont pratiqués.

- 7 gonocultures après réactivation sont négatives,

- l'examen direct de l'écoulement ne montre aucun parasite, pas de trichomonas en particulier,

- 2 antibiogrammes sont pratiqués. Ils montrent la présence de nombreux cocci gram + en diplocoques et chaînettes ainsi que quelques bacilles gram -.

Ce malade reçoit comme traitement, successivement :

- mag. Namycine,
- dihydro-streptomycine-bipénicilline,
- auréomycine (après résultat du premier antibiogramme),

sans compter de nombreux antiséptiques urinaux et des soins locaux tels que des lavages au mercryl, puis des lavages à l'oxycyanure de mercure, puis 6 séances d'instillations au nitrate d'argent. Tous ces traitements se montrent inefficaces.

En janvier 1958, une gonoculture (la 8ème) est positive. 3 grammes de streptomycine vont négativer la 9ème, mais l'écoulement persiste et va faire l'objet de nouveaux traitements :

- terramycine intra-musculaire
- érythromycine buccale (après résultats du 2ème antibiogramme).

Lorsque nous le voyons en mars 1958 il présente :

- un écoulement spontané assez abondant,
- un syndrome douloureux prostatique avec prostatite au toucher rectal,
- dysesthésies urétrales, inflammation du méat, etc...

2 nouvelles gonocultures sont négatives.

Le malade est mis à la cortisone locale et à la streptomycine générale.

Résultats :

Disparition spectaculaire de tous les troubles pendant la durée du traitement, le méat n'est plus enflammé, l'écoulement s'est tari. Mais il n'y a pas de modification des douleurs prostatiques qui persistent et ne s'atténuent d'ailleurs qu'après rapports sexuels !

Nous prescrivons une 2ème série d'instillations avec massages prostatiques associés. Après cette 2ème série l'écoulement et les dysesthésies ont disparu mais la prostatite reste. Nous avons dit les difficultés thérapeutiques des prostatites. Notre traitement n'a pas la prétention de guérir une prostatite. Nous notons simplement dans ce cas la disparition des troubles proprement urétraux.

° ° °

OBSERVATION N° 16

O... Guy, 25 ans.

Il y a 3 mois, à la suite d'un rapport suspect extra-conjugal, a présenté un écoulement

blanchâtre discret associé à des dysesthésies urétrales, écoulement qui a été tari par des comprimés d'oracilline trisulfazine.

Ce malade, lorsque nous le voyons, présente un écoulement qui est réapparu depuis 1 mois environ.

- 2 gonocultures après réactivation sont négatives,

- la goncréaction est franchement positive.

Cet écoulement est discret, apparaissant d'ailleurs surtout à la pression, l'écoulement spontané se limitant en effet à une goutte matinale. Il s'y associe de discrètes dysesthésies urétrales. Il n'y a pas de prostate.

Le malade est mis à la cortisone.

Résultats :

Guérison spectaculaire des troubles pendant la durée du traitement. Après le traitement il ne persiste plus qu'un léger écoulement à la pression : son caractère spontané a disparu.

° ° °

OBSERVATION N° 17

A... Dif, 28 ans.

Dernière blennorragie en mars 1958, traitée par 3 grammes de streptomycine.

Persistance de l'écoulement.

2 gonocultures après réactivation sont négatives.

Resultats :

Ce cas est difficile à analyser. Il s'agit en effet d'un Nord-Africain qui ne parle que très mal notre langue. Il nous dit avoir en fait un écoulement depuis plusieurs mois pour lequel il a vu plusieurs médecins. Très préoccupé de ses troubles, il s'est arrêté de travailler. Il veut bien reconnaître que notre traitement lui a apporté une amélioration (que, chez lui, il était difficile d'objectiver), mais il refuse la guérison, prétextant d'autres troubles. Nous ne l'avons pas revu après ce traitement !

°°°

A côté des observations que nous venons de présenter et qui concernaient des écoulements résiduels post-blennorragiques, nous voulons maintenant présenter deux observations où l'étiologie gonococcique n'a pu être mise en évidence. Nous les rangeons dans le cadre d'urétrites infectieuses, ou virales, vénériennes ou non.

°°°

OBSERVATION N° 18

P... Serge, 28 ans.

Aucun antécédent gonococcique connu. Il s'agit d'un homme marié qui nie tout rapport

extra-conjugal.

Présente, quand nous le voyons, un écoulement depuis 5 jours. Cet écoulement est très abondant, filant, assez clair, intermittent dans la journée, surtout marqué le matin au réveil.

Il s'y associe des dysesthésies urétrales.

L'examen direct de cet écoulement montre de très rares polynucléaires, pas de trichomonas, pas de germes.

La gonoculture est négative.

Mis à la cortisone locale et à la streptomycine.

Résultats :

Après 5 séances on note :

- une disparition des dysesthésies,
- l'écoulement est nettement moins abondant, plus clair, mais il persiste néanmoins.

° ° °

OBSERVATION N° 19

C... Serge, 21 ans.

Suivi dans le service pour une malformation congénitale du rein gauche (Hydronéphrose).

Présente un écoulement urétral depuis 1 an $\frac{1}{2}$ peu abondant, mais spontané, assez trouble. Il semble que l'on puisse, chez ce malade, être certain de l'étiologie non blennorragique de

cet écoulement.

- La gonoréaction est négative,
- 2 gonocultures sont négatives,
- La culture sur bouillon T avec antibiogrammes montre des staphylocoques dorés résistants aux antibiotiques.

Résultats du traitement :

Disparition de l'écoulement après 5 séances.

°°°

Nous avons actuellement 7 malades nouveaux en cours de traitement. Les résultats obtenus (certains en sont à leur 4ème séance) nous laissent présager des réussites du même ordre que celles que nous avons antérieurement obtenues et que nous venons de rapporter.

-:-

ANALYSE DES RESULTATS ET DU TRAITEMENT

--

Parmi les 19 observations que nous avons présentées, nous avons dit que 17 seulement concernaient avec certitude des "suites blennorragiques". Le résultat global peut s'établir ainsi :

Guérisons	5
Améliorations très nettes	7
- nettes	2
-	3
échecs	0
	17

Il nous faut maintenant interpréter ces résultats et expliquer la cotation que nous avons établie.

- Les 5 cas de guérison se passent de commentaires : nous avons vu que ces malades présentaient au départ un écoulement plus ou moins ancien associé à des dysesthésies urétrales. Après traitement, tous les troubles avaient disparu.

Notons 2 éléments :

Parmi ces malades, 2 avaient un écoulement remontant à plus de 6 mois. L'ancienneté n'est donc pas un facteur absolu pour gêner la thérapeutique. Il faut néanmoins noter qu'aucun de ces 5 malades n'avait de prostatite associée cliniquement décelable et nous avons dit que la

prostatite associée était un obstacle majeur au traitement efficace d'un écoulement.

Nous donnons 7 cas d'amélioration très nette. Qu'entendons-nous par amélioration très nette ?

Ces 7 malades sont des Nord-Africains. Nous ne les avons pas classés dans les cas de guérison parce que, après traitement, il leur restait encore un trouble. Nous n'avons d'ailleurs pas toujours pu définir exactement ce trouble résiduel :

- chez l'un, c'est la persistance d'une légère inflammation du méat,

- chez l'autre, une tache suspecte au niveau du méat,

- chez d'autres, enfin, un très léger suintement du canal à la pression dont le caractère pathologique nous semble difficile à admettre.

Quoiqu'il en soit, si nous estimons, nous, ces malades guéris, eux pensent qu'ils sont très améliorés, mais pas tout à fait guéris. Le problème est important : pour des raisons que nous ne voulons analyser ici, religieuses en particulier, la guérison doit s'accompagner pour un Nord-Africain de la disparition, non seulement des symptômes gênants (écoulement, dysesthésies, etc...), mais également des symptômes suspects. Si notre traitement, chez ces malades, a guéri l'organe, il n'a pas su tout à fait faire guérir l'appréhension qui demeure. Nous pensons que c'est la stabilité de cette guérison qui saura désintéresser ces malades de leur sphère génitale.

En conclusion :

Si nous avions eu 7 métropolitains, nous aurions pu dire 7 guérisons.

Chez ces Nord-Africains, nous ne pouvons que dire très nette amélioration en insistant néanmoins sur le fait que ces 7 malades ne sont pas encore revenus nous voir contrairement à leurs habitudes, ce qui nous semble encourageant.

Nous donnons 2 améliorations nettes ; nous entendons par là les 2 malades qui, après traitement, ont gardé, mais très atténué, soit une dysesthésie, soit un écoulement mais à condition que celui-ci ait perdu son caractère spontané : il n'apparaît plus, aux dires des malades, qu'à la pression.

Quant aux améliorations (3) elles englobent les cas où le traitement, sans faire disparaître les symptômes, les a atténués de façon importante :

- diminution de l'abondance de l'écoulement,
- ou diminution de fréquence des gouttes,
- éclaircissement de celles-ci.

Cette dernière catégorie, plus que la précédente où les résultats sont encore très satisfaisants, nous semble justiciable d'une 2ème série d'instillations locales. Nous l'avons fait chez ces 3 malades, au besoin en augmentant la dose de cortisone (50 mg par séance au lieu de 25 mg). Cette 2ème cure, a, habituellement, confirmé l'amélioration mais sans apporter la guérison. En effet, 2 de ces 3 malades présentaient une nette prostatite associée qui nous semble responsable de l'absence de guérison. Nous avons traité séparément la prostatite, on sait les difficultés thérapeutiques qu'elle entraîne et la médiocrité des résultats obtenus.

En conclusion :

- Les résultats "interprétés" donnent un pourcentage beaucoup plus important de guérison (12 sur 17 au lieu de 5 sur 17).

- L'association d'une prostatite voue à un échec plus ou moins net toute tentative thérapeutique des suites de la blennorragie qui ne la traiterait pas en même temps.

- Tous les Nord-Africains que nous avons traités nous ont tous avoué une amélioration plus ou moins nette et c'est là un élément de comparaison important avec les autres thérapeutiques dont l'inefficacité se traduisait chez ceux-ci par cette phrase si fréquemment entendue "C'est pareil qu'avant".

Mais il nous reste encore quelques points à préciser ou à discuter.

Quelle peut être la stabilité des résultats obtenus ?

Notre plus important recul n'est actuellement que de 3 mois, ce qui évidemment est peu pour juger de la solidité d'un traitement, mais nous pouvons néanmoins comparer la stabilité des résultats acquis entre la cortisone et les autres traitements sur le fait suivant : la très grande majorité des malades qui présentent ce que nous avons décrit sous le terme de "suites de la blennorragie" viennent consulter l'urologue au moins 1 fois par semaine. Les fiches des malades que nous avons traités témoignent du nombre et de la fréquence de ces visites. Or, des 17 malades que nous avons traités, 2 seulement sont revenus nous voir.

→ L'un pour nous dire qu'il allait toujours bien (recul 3 mois),

- l'autre pour nous dire qu'il aimerait, si c'était possible, qu'on lui guérisse le léger trouble résiduel qu'il présentait (recul 1 mois $\frac{1}{2}$).

Ces 2 malades venaient habituellement nous voir 1 fois par semaine, parfois plus, désespérés par l'inefficacité des nombreuses thérapeutiques qui leur avaient jusqu'alors été proposées.

Nous en avons encore revu un autre, mais il s'agissait d'une nouvelle contamination qui a été guérie par la streptomycine.

Nous pouvons donc dire que 3 mois, pour ces malades, constituent un délai important et déjà satisfaisant même s'il n'était pas prolongé ! Sans pouvoir donc préjuger de la durée des résultats acquis, nous pouvons penser que ceux-ci sont assez stables, comparativement aux autres méthodes thérapeutiques utilisées.

Quelle est la part respective entre la cortisone et la streptomycine dans l'efficacité thérapeutique ?

Nous avons dit pour quelles raisons nous voulions associer un antibiotique à la cortisone et pourquoi, parmi les antibiotiques, nous avions choisi la streptomycine : certains soutenant le rôle fondamental ou important des germes pathogènes dans l'étiologie de l'écoulement et par là l'efficacité d'une thérapeutique antibiotique bien conduite, nous dirons que les résultats que nous avons acquis sont dûs en grande partie à la streptomycine. Nous affirmons le contraire, en effet, de nombreux malades parmi ceux que nous avons traités avaient déjà reçu des cures de streptomycine seule, sans aucune amélioration (cures qui avaient été ins-

tituées préventivement devant un écoulement suspect, avant même le résultat de la gonoculture). Ignorant l'étiologie exacte de ces écoulements, et surtout le rôle de facteurs associés, nous ne nions pas l'intérêt d'un antibiotique ; nous disons que la streptomycine chez nos malades, n'aurait pu agir seule. Nous avons dit que la streptomycine jouait surtout, pour nous, un rôle de sécurité.

Ce traitement se suffit-il à lui seul ?

Certainement pas. Certes, son rôle nous semble primordial mais il est capital, pour étayer ses résultats, de s'entourer des précautions d'usage que l'on s'efforcera de faire comprendre aux malades, surtout Nord-Africains :

- l'abus de boissons alcoolisées, bière en particulier, est à proscrire,

- l'abus sexuel, comme l'abstinence sont néfastes.

Nous avons vu le problème que pose l'association d'une prostatite, la nécessité de la rechercher systématiquement et de la traiter.

Sur le plan technique, de nombreux points restent à fixer.

- La dose :

Sous couvert d'antibiotique associé, nous pensons que celle-ci pourrait être très facilement augmentée. Certains de nos malades chez lesquels, malgré une nette amélioration, nous n'avons pu obtenir une disparition totale des troubles, auraient peut-être bénéficié

d'une augmentation de la dose de cortisone locale.

- La fréquence des instillations :

La fréquence d'une instillation tous les 2 jours nous semble optima.

- Le nombre de séries :

On peut très facilement, devant des résultats incomplets, envisager une 2ème, voire une 3ème cure d'instillations, après un intervalle libre. Bref, nous avons essayé un nouveau traitement ; nous avons tâtonné tant pour la technique que pour le choix des malades. C'est parce que les résultats que nous avons obtenus ont été encourageants que nous avons pensé en faire "l'objet de cette thèse", sachant que, si les espoirs que nous avons mis dans ce traitement se trouvaient confirmés par une expérience plus vaste, de nombreux points de technique ou d'indications thérapeutiques restent à préciser.

CONCLUSIONS

-:-

Nous avons expérimenté la cortisone intra-urétrale pour le traitement des écoulements résiduels post-gonococciques ; nous avons associé à ce traitement local un antibiotique par voie générale ; nous avons choisi la streptomycine. Ce traitement nous a donné des résultats très encourageants : sur 17 malades que nous avons traités, 10 ont été guéris et les 7 autres nettement améliorés. Les indications thérapeutiques idéales sont l'écoulement post-gonococcique associé à des dysesthésies urétrales, l'inflammation urétrale, dont on sait le caractère diffus, prédominant néanmoins au niveau de l'urètre antérieur : en effet, une urétrite postérieure nette à l'urétroscopie doit faire craindre une prostatite associée, la recherche de cette prostatite est indispensable, elle nécessite un traitement spécial, elle assombrit le pronostic.

L'ancienneté de l'écoulement ne nous a pas semblé être un facteur par trop défavorable (nous avons traité avec de très bons résultats des écoulements remontant à plus de un an, parfois à 2 ans) alors que la fréquence des épisodes gonococciques aigus, surtout s'ils sont plus ou moins bien traités et ne se négativent pas rapidement, vient compliquer le traitement dans la mesure où l'atteinte prostatique s'y surajoute alors fréquemment.

Sans pouvoir encore préjuger de la stabilité des résultats obtenus, (le plus long recul que nous ayons étant de 3 mois), nous pensons que ce traitement se montre nettement supérieur aux autres, tant par la rapidité et la constance des

résultats obtenus que par la durée de ceux-ci, aucun des malades que nous avons traités n'étant encore revenu nous voir, ce qui est tout à fait inhabituel chez eux. Nous avons également essayé ce traitement dans des urétrites dont l'étiologie gonococcique n'a pu être mise en évidence. Nous en avons présenté 2 observations (urétrite infectieuse ou allergique). Les bons résultats obtenus (1 guérison, 1 amélioration nette) nous laissent entrevoir la possibilité d'extension de ce traitement à d'autres urétrites. La cortisone à laquelle on doit déjà tant, de très nombreux succès thérapeutiques comme de nombreux espoirs déçus, confirmera-t-elle l'espoir que nous avons mis en elle pour soulager ces "infirmes de la goutte" ?

-:-

Vu :

Le Président :

Signé : Bernard FEY

Vu :

Le Doyen :

Signé : Léon BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : Jean SARRAILH.

S E R M E N T

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:-

